

RICHIESTA DI COPIA DOCUMENTAZIONE SANITARIA

AL DIRETTORE DEL PRESIDIO OSPEDALIERO

**GENERALITA' DEL PAZIENTE**

cognome e nome:		vivente: <input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No
data di nascita:		luogo di nascita:
via:		n° civico:
residenza:	CAP:	tel:

**DATI RELATIVI AL RICOVERO**

ricoverato/a dal	al
reparto:	

ricoverato/a dal	al
reparto:	

ricoverato/a dal	al
reparto:	

**GENERALITA' DEL RICHIEDENTE**

cognome e nome:		tel.
data di nascita:		luogo di nascita:
via:		n° civico:
residenza:		CAP:
in qualità di	<input type="checkbox"/> GENITORE	<input type="checkbox"/> TUTORE
	<input type="checkbox"/> EREDE	<input type="checkbox"/> ALTRO

**MODALITA' DI RILASCIO**

<input type="checkbox"/>	RITIRO DA PARTE DELL'INTERESSATO
<input type="checkbox"/>	RITIRO DA PARTE DI PERSONA DELEGATA
<input type="checkbox"/>	INVIO PER POSTA ALL'INDIRIZZO: _____ _____

\_\_\_\_\_

data della richiesta

\_\_\_\_\_

firma del richiedente

\_\_\_\_\_

data di consegna

\_\_\_\_\_

firma per ricevuta